

PNEUMONIE TUBERCULEUSE EN ZONE DE FORTE PREVALENCE TUBERCULOSE / VIH

M. OUEDRAOGO¹ ; S.M. OUEDRAOGO² ; Y. TOLOBA³ ; S. KOUANDA⁴ ; C. LOUGUE⁵ ; K. BONCOUNGOU¹ ; G BADOUM¹ ; B.A. KOSHINGA¹.

1. Service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo (CHUYO) de Ouagadougou
2. Service de Médecine Interne du CHU Sanou Souro de Bobo Dioulasso
3. Service de pneumologie du CHU du Point-G de Bamako
4. Institut de Recherche en Sciences de la Santé de
5. Service de Radiologie du CHUYO de Ouagadougou

Email : patinda@ifrance.com / Email : toloba71@yahoo.fr

Résumé

Dans le but d'étudier les aspects cliniques et radiologiques de la pneumonie caséuse au Burkina Faso, pays à forte prévalence tuberculose/VIH, une étude rétrospective sur trois ans, du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 1999 a été menée dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Sur 106 malades inclus dans l'étude, 26 pneumonies caséuses ont été diagnostiquées (24,5 %) dont 9 malades VIH séropositifs et 17 malades VIH séronégatifs.

Diagnostiquées souvent tardivement du fait de la non spécificité de ses signes, 9 pneumonies sur 26 étaient excavées (2 séropositifs et 7 séronégatifs). Les lésions ont prédominé au lobe supérieur droit (19 cas sur 26). Le traitement antituberculeux a été efficace dans la majorité des cas mais au prix de séquelles (excavations résiduelles, fibroses rétractiles) chez les patients ayant présenté des lésions excavées ou traités tardivement. Considérant la gravité de la maladie et de ses séquelles, presque toujours inévitables en cas de retard à la mise sous traitement spécifique et en l'absence de certitude bactériologique, l'association : terrain débilité, altération de l'état général avec amaigrissement, fièvre, absence d'étiologie bactérienne devrait faire évoquer le diagnostic de pneumonie caséuse et mettre en route le traitement antituberculeux.

Mots clés : Pneumonie Caséuse, VIH, Burkina Faso

Summary: The aim of this study was to study clinical and radiological aspects of caseous pneumonia in Burkina Faso where we have higher prevalence of tuberculosis/HIV. 3 years of retrospective study, from 1st January to December 31-1999, had been carried out in the "Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou". Among 106 of patients studied, 26 caseous pneumonia were observed (24, 5%) of whom 9 patients were holders of HIV .

Often observe on late because of the non specificity of signs, 9 cases of pneumonia upon 26 were excavated (2 holders of HIV and 7 non holders of HIV). The lesion have predominated on upper right lob (19 cases upon 26). The antituberculosis treatment was effective in the major cases but with the sequella (excavations, fibrosis) in patients with excavated Lesions or treated in late. Considering the gravity of the disease and its sequella which can be avoid, the presence of fever, slimming even at absence of bacteriologic prouf in debilitated patient must evoke caseous pneumonia diagnosis and allowed to begin specific treatment.

Key words: Caseous pneumonia, HIV, Burkina Faso

Introduction

La tuberculose aujourd'hui est en pleine recrudescence partout dans le monde mais surtout dans les pays en développement où la prévalence de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est élevée. En Afrique au sud du Sahara, la tuberculose constitue la principale maladie opportuniste, chez 15 à 52 % des sujets infectés par le VIH (1). De diagnostic souvent difficile du fait de la non-spécificité de ses signes d'appel (2), la tuberculose pulmonaire peut revêtir plusieurs formes cliniques parmi lesquelles la pneumonie caséuse ou pneumonie tuberculose, une forme peu fréquente mais non exceptionnelle dans les

zones à forte prévalence tuberculose (3). Partageant très souvent le même masque radio-clinique que les pneumopathies à germes banals, le diagnostic précoce de la pneumonie tuberculose n'est pas toujours aisé.

Le but de ce travail est de décrire les aspects cliniques et radiologiques de la pneumonie caséuse au Burkina Faso, pays à forte prévalence tuberculose/VIH.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 3 ans du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 1999 dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Elle a intéressé tous les patients

ayant présenté une microscopie positive de la tuberculose, ayant bénéficié d'un dépistage sérologique de l'infection à VIH et d'une radiographie thoracique standard dont les lésions sont compatibles avec une pneumonie : il s'agit d'opacité systématisée excavée ou non.

Tous les malades inclus dans l'étude ont reçu un traitement antituberculeux selon le régime 2RHEZ + 6EH. Tous les patients sous traitement ont bénéficié d'une surveillance clinique, radiologique (début et fin de traitement) et bactériologique (2^{ème}, 5^{ème} et 8^{ème} mois). Le logiciel Epi Info a servi à l'analyse des résultats.

Résultats

Sur 106 malades atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, 26 pneumonies caséuses (24,5 %) ont été notifiées dont 9 femmes et 17 hommes. Les patients provenaient essentiellement de milieux socio-économiques défavorisés (8 cultivateurs, 6 ménagères, 8 sans emploi). Nous avons dénombré en outre 2 fonctionnaires et 2 élèves. 61,5 % des patients avaient moins de 45 ans. La notion de contagio tuberculeux n'a été retrouvée que dans un cas sur 26. Dix de nos malades ont bénéficié d'une vaccination BCG sans IDR de contrôle. 65,3 % de nos malades étaient VIH séronégatifs (10 hommes et 7 femmes) contre 34,6 % de séropositifs (7 hommes et 2 femmes). Le délai entre le début de la maladie et le diagnostic a varié de 1 à 32 semaines avec une moyenne de 4 semaines. Seul un malade a été dépisté après une semaine d'évolution (il existait un contagio connu). 22 patients ont bénéficié d'une bacilloscopie directe des crachats (une série de 3 examens) avant leur admission. Les signes évocateurs de tuberculose retrouvés étaient : la fièvre (92,3%), l'asthénie (88,4%), l'anorexie (88,4%), l'amaigrissement (88,4%). Une aménorrhée non gravidique a été retrouvée chez 2 femmes. La symptomatologie fonctionnelle respiratoire était dominée par la toux dans 100 % des cas ; la douleur thoracique dans 61,5 % et l'hémoptysie 11,5 % des cas. La condensation pulmonaire était franche dans 65,3 %, sans différence selon le VIH ($p=0,7$). Sur le plan radiologique, l'atteinte du lobe supérieur droit a été retrouvée dans 67,8 % sans différence selon la sérologie VIH ($p=0,9$). Il s'agissait d'opacité systématisée non excavée (figure 1) et d'opacité systématisée excavée. Chez les patients présentant une excavation, la symptomatologie évoluait depuis au moins 3 semaines. Le tableau I présente la répartition des patients selon l'aspect

radiologique et la sérologie VIH. Il faut noter qu'un patient séropositif et un patient séronégatif ont présenté chacun une pneumonie bilatérale des lobes supérieurs.

Sous traitement antituberculeux, les contrôles bacilloscopiques directs des crachats après 2 mois de traitement n'ont pas mis en évidence chez 77,7 % des sujets VIH séropositifs et 82,3 % des VIH séronégatifs ($p > 0,5$). Après 5 mois tous les contrôles bacilloscopiques étaient négatifs.

En fin de traitement au 8^{ème} mois, l'évolution chez les patients était la suivante :

Guérison	5 VIH séropositifs (19,2%) 11 VIH séronégatifs (42,3%)
Abandon	4 VIH séropositifs (15,3%) 1 VIH séronégatif (3,8%)
Echec	3 VIH séronégatifs (11,5%) 0 VIH séropositif (0%)
Décès	2 VIH séropositifs (7,6%)

Tous les patients ayant présenté des excavations ou diagnostiqués et traités tardivement (9 malades soit 34,6%) avaient des séquelles en fin de traitement (abandons exclus). Les patients vus tôt ont guéri sans séquelle visible à la radiographie thoracique standard.

Commentaire et discussion

1. Diagnostic Clinique

La pneumonie caséuse est une infection tuberculeuse massive d'un lobe ou d'un poumon évoluant spontanément vers la fonte caséuse (3). Elle est souvent post primaire touchant des adultes jeunes (61,5 % de nos patients avaient moins de 45 ans). La pneumonie caséuse n'est pas plus fréquente chez les malades infectés par le VIH comme le témoignent d'autres études (4 ; 5). Forme subaiguë de tuberculose, elle est trompeuse par la non spécificité de ses signes. En effet, les signes fonctionnels et généraux sont souvent évocateurs d'une pneumonie aiguë bactérienne (6 ; 7). Si l'antibiothérapie non spécifique à large spectre est toujours de règle, l'attention devrait être attirée sur les signes d'appel de la tuberculose constamment retrouvés comme chez nos malades. Ce diagnostic est parfois facilité en présence d'une notion de contagio tuberculeux récent comme en témoigne le seul cas de notre série qui a été diagnostiqué relativement tôt après une semaine d'évolution. Il est cependant évident que l'indigence de la population et l'altération de l'état général constituent des circonstances favorisant (8 ; 9 ; 4). La

majorité de nos patients provenaient de milieux socio économiques défavorisés (22 sur 26).

2. Radiographie

Dans notre étude 24,5 % de pneumonies caséuses ont été notées, ce qui est comparable au taux de 29,2 % retrouvé au Togo (9). Dans 83,2 % des cas, les lobes supérieurs ont été atteints. La tuberculose se localise préférentiellement au niveau des sommets pulmonaires. Cette localisation apicale systématisée, même si elle n'est pas exclusive à la tuberculose doit attirer l'attention devant une opacité traînante malgré une bonne antibiothérapie et permettre de rechercher le bacille de Koch (BK). Si notre étude n'a pas trouvée une différence significative des aspects radiologiques chez les sujets VIH séropositifs et les sujets VIH séronégatifs, certaines études (4; 5) notent la rareté des excavations chez les sujets immunodéprimés en fonction de la gravité de leur déficit immunitaire. Cependant 30 % des lésions excavées peuvent passer inaperçues à la radiographie thoracique standard (4). Ainsi, l'absence d'excavation ne doit pas faire réfuter le diagnostic de pneumonie caséuse malgré une recherche bactériologique négative.

3. Bactériologique

« Il n'y a pas de tuberculose sans bacille » ; en conséquence le diagnostic formel de la tuberculose requiert la démonstration de la présence de BK soit à l'examen direct, soit à la culture des tissus ou sécrétions. La recherche de BAAR à l'examen direct des crachats est l'examen de première intention chez l'adulte devant toute suspicion de tuberculose pulmonaire. La bacilloscopie directe est recommandée devant toute pneumopathie infectieuse évoluant depuis deux semaines. Son rendement n'est pas constant surtout au cours de la pneumonie caséuse. L'originalité de la pneumonie caséuse réside dans la difficulté de mise en évidence des BAAR (8 ; 3) obligeant parfois à la répétition des séries. En effet la majorité de nos malades avait bénéficié avant leur admission à l'hôpital d'une série de trois examens de crachat à la recherche de BAAR qui s'était révélée négative. La production des bacilles dans les expectorations est souvent retardée ne survenant qu'après la fonte caséuse (3). Si dans notre série la bacilloscopie directe des crachats a été constructive pour poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire, d'autres examens comme le tubage gastrique, la

fibroaspiration bronchique et la mise en culture de prélèvements sont souvent indispensables pour mettre en évidence le bacille tuberculeux. Ainsi en l'absence de certitude bactériologique, l'association : terrain débilité, altération récente de l'état général avec amaigrissement, fièvre, absence d'étiologie bactérienne devrait faire évoquer le diagnostic et mettre en route le traitement antituberculeux.

4. Evolution/Pronostic

Le pronostic de la pneumonie caséuse, indépendamment du terrain est fonction de la précocité du diagnostic et du traitement. La réponse au traitement antituberculeux est globalement bonne malgré un taux d'abandon (au-delà du 5^{ème} mois) élevé chez les malades infectés par le VIH. Il n'est pas rare chez ces patients très souvent polymédiqués de constater une lassitude dans l'observance du traitement antituberculeux dont les règles d'administration sont généralement contraignantes.

Les excavations ont été constatées chez des tuberculeux dont la maladie évoluait depuis 3 semaines en moyenne avec dans la quasi-totalité des cas des séquelles en fin de traitement. Aussi si la première antibiothérapie doit être large, la décision de mise en route du traitement antituberculeux même en l'absence de certitude bactériologique doit être prise dans un délai raisonnable de 15 jours afin de minimiser les séquelles.

Conclusion

Le diagnostic de la pneumonie caséuse, forme radio clinique de tuberculose, n'est pas toujours aisé. Ce diagnostic est souvent tardif, survenant après l'échec d'une antibiothérapie probabiliste prolongée. Compte tenu de la gravité de la maladie et de ses séquelles, presque toujours inévitables en cas de retard à la mise sous traitement spécifique, en l'absence de certitude bactériologique, l'association : terrain débilité, altération de l'état général avec amaigrissement, fièvre, absence d'étiologie bactérienne devrait faire évoquer le diagnostic et mettre en route le traitement antituberculeux.

Références

- 1 – Bissagnéné E, Dié-Kacou H, Eba F.A, Coulibaly G. Guide diagnostique et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique. Edition GUT 1999 ; 133p
- 2 – Huchon G. Infection tuberculeuse et tuberculose pulmonaire de l'adulte Rev Mal Respir 1997; 14 : 5S49-5S59.

3 – Ouédraogo M., Lougué C., Cissé R., Ouédraogo S.M., Badoum G., Zigani A., Drabo Y.J., A. Sawadogo. Pneumonie caséuse chez un nourrisson de 14 mois. Rev Pneumol Clin 2000 ; 56 : 45-8.

4 – N'Dhatz M., Domoua K., Coulibaly G., Traoré F., Kanga K., Konan J.B., Beugré L.K., Douhourou C., Yapi A. Les aspects de la radiographie thoracique chez les tuberculeux infectés par le VIH en Côte d'Ivoire Rev Pneumol Clin 1994 ; 50 : 317-22.

5 – Giron J et coll. Imagerie de la tuberculose thoracique à l'approche de l'an 2000. Encycl. Med.chirur. (Elsevier, Paris) Radiodiagnostic – Cœur-Poumon, 1998. 32-390-A-10, 19p.

6 – Vergnenegre A., Chevalier P., Bonnaud F., Melloni B. Tuberculose et insuffisance respiratoire aiguë à propos de 2 observations. Rev Mal Resp 1991; 8 : 110-4

7 – Carette M. F., Azeucot N., Le Blanche A., Le Breton C., Bigot J.M. Apport de l'imagerie dans le diagnostic et le suivi de la tuberculose thoracique. Rev Pneumol Clin 1994; 50 : 229-39

8 – Dubois de Montreynaud J.M., Kochman S. et Coll. Pneumologie – l'essentiel question quotidienne de médecine. : Maloine S.a. Editeur 1977; 435p

9 - Tidjani O., Sampson K.E., Sokpott H., Grunitzky-Bekele M. La tuberculose pulmonaire des personnes âgées au CHU de Lomé de 1982 à 1988. Méd Afr Noire 1991 ; 38 : 518-22.

Tableau I : Répartition des malades selon les aspects radiologiques et la sérologie VIH

Lésions Siège		Opacité systématisée non excavée		Opacité excavée		Total	
		VIH (+)	VIH (-)	VIH (+)	VIH (-)	VIH (+)	VIH (-)
Poumon droit	Lobe sup.	5	6	2	6	7	12
	Lobe moy		1				1
	Lob inf.	-	-	-	-	-	-
Poumon Gauche	Lob sup.	1	3			1	3
	Lob inf.	2	1		1	2	2
Total		8	11	2	7	10	18

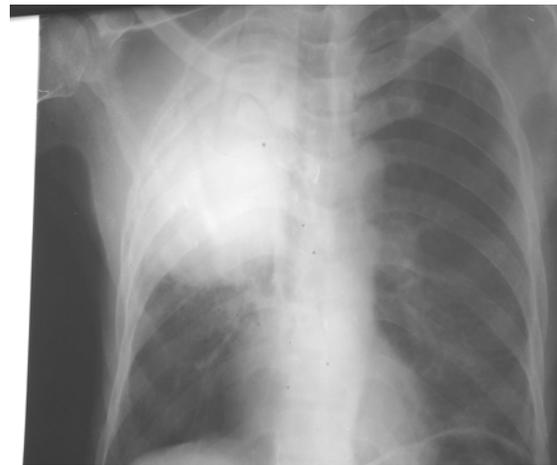


Figure 1 : Opacité systématisée du lobe supérieur droit avec bronchogramme